



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



REVISIÓN

Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino

F. Cabello-Santamaría^a y S. Palacios^{b,*}

^a Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Málaga, España

^b Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer, Madrid, España

Recibido el 28 de mayo de 2010; aceptado el 8 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 24 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Disfunción sexual femenina (DSF);
Trastorno del deseo sexual hipoactivo (DSH);
Prueba del deseo sexual inhibido (PDSI)

KEYWORDS

Female sexual dysfunction (FSD);
Hypoactive sexual desire disorder (HSDD);
Decreased sexual desire screener (DSDS)

Resumen El deseo sexual hipoactivo (DSH) es la disfunción sexual femenina más común. Los autores han escogido las publicaciones más relevantes para analizar este tema. El diagnóstico de DSH requiere la presencia de malestar o dificultades interpersonales asociadas a un deseo sexual disminuido que no puede explicarse por otra afección psiquiátrica, y que no se debe exclusivamente a una enfermedad o sustancia. El DSH puede afectar gravemente al bienestar emocional y a las relaciones y sucede en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. Hasta hace poco, el diagnóstico de DSH requería un extenso examen de un médico experimentado en diagnósticos de disfunción sexual femenina (DSF). La prueba del deseo sexual inhibido (PDSI) es un método de diagnóstico abreviado concebido para ayudar a los médicos que no son especialistas en DSF a diagnosticar el DSH adquirido en las mujeres. Es necesario profundizar en el estudio del DSH para comprender mejor la etiología y valorar las distintas opciones terapéuticas.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Update on hypoactive sexual desire disorder in women

Abstract Hypoactive sexual desire disorder (HSDD) is the most common type of female sexual dysfunction (FSD). A diagnosis of HSDD requires evidence of personal distress or interpersonal difficulty associated with low sexual desire that cannot be better accounted for by another psychiatric condition and is not due exclusively to a medical condition or substance. HSDD can have a major impact on women's emotional wellbeing and relationships and occurs in both pre- and post-menopausal women. Until recently, diagnosis of HSDD required an extensive diagnostic interview conducted by a clinician with experience in the diagnosis of FSD. The decreased sexual desire screener (DSDS) is a brief diagnostic instrument that has been developed to aid clinicians who are not experts in FSD to diagnose generalized acquired HSDD in women. There is a need for greater understanding of the etiology of HSDD and for more therapeutic options.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ipalacios@institutopalacios.com (S. Palacios).

Disfunción sexual femenina

La disfunción sexual femenina (DSF) implica una serie de problemas sexuales experimentados por la mujer entre los que se encuentran la disminución del deseo o una baja motivación ante el acto sexual, la reducción de la lubricación vaginal o de la excitación, la disminución de la capacidad para alcanzar el orgasmo y el dolor sexual¹. Para diagnosticar una DSF, el problema sexual ha de causar malestar o dificultades para relacionarse¹. Los trastornos sexuales fueron reconocidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana, segunda edición (DSM-II)² de 1968, aunque el término de trastorno sexual no se utilizó hasta 1987 en la tercera edición revisada (DSM-III-R)³. Desde entonces, hemos avanzado en la comprensión de las DSF. La Conferencia Internacional de Desarrollo del Consenso sobre DSF dio lugar a la Clasificación por Consenso de la Disfunción Sexual Femenina en 1998⁴. Estas definiciones de la DSF, revisadas en 2004⁵, establecen una diferencia entre los trastornos que afectan a los principales elementos de la respuesta sexual: el deseo, la excitación y el orgasmo, y los que incluyen el dolor asociado al coito. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, cuarta edición, texto refundido (DSM-IV-TR, 2000)¹ reconoce la existencia de diversos tipos de trastornos de la actividad sexual en la mujer, incluidos los trastornos del deseo sexual (trastorno del deseo sexual hipoactivo [DSH] y el trastorno por aversión al sexo), la anorgasmia femenina (AF), el trastorno de la excitación sexual femenina (TESF) y los trastornos sexuales por dolor (tabla 1).

Objetivos y métodos

El objetivo de este estudio es ofrecer una panorámica actual sobre el campo del DSH que trate los factores epidemiológicos, el impacto en la calidad de vida y las últimas opiniones sobre la psicopatología y actualizaciones realizadas a las herramientas diagnósticas y tratamientos. Para recopilar este análisis se identificaron y estudiaron las publicaciones más importantes sobre este campo según el criterio experto de los autores.

Definición de deseo sexual hipoactivo

En 1998, un grupo de expertos del consenso internacional sobre salud sexual femenina sugirió que la definición del DSH debía ampliarse para incluir la deficiencia (o ausencia) de receptividad a la actividad sexual, puesto que el deseo sexual en algunas mujeres es sobre todo provocado más que espontáneo⁴. El DSM-IV-TR (2000) reconoce el DSH como una deficiencia (o ausencia) persistente o recurrente de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse, y que no se explica exclusivamente por otra enfermedad psiquiátrica, afección o sustancia (por ejemplo, medicamentos)¹. El DSH puede estar asociado a otra enfermedad física o psicológica, o no estar vinculado a ninguna otra afección^{1,6}. Al diagnosticar el DSH, el médico debe determinar si el trastorno es de por vida o adquirido (por ejemplo, si el trastorno ha existido desde el comienzo de la actividad sexual o se ha desarrollado tras un

Tabla 1 Clasificación del DSM-IV-TR de los trastornos sexuales femeninos

Clasificación DSM-IV-TR	Definición
<i>Trastornos sexuales femeninos</i>	
Trastorno del deseo sexual hipoactivo (DSH)	Deficiencia persistente o recurrente o ausencia de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse
Trastorno por aversión al sexo	Aversión extrema, persistente o recurrente, y elusión de todo (o casi todo) contacto genital sexual con la pareja sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse
<i>Trastorno de la excitación sexual femenina (TESF)</i>	Incapacidad persistente o recurrente para alcanzar, o mantener hasta la finalización de la actividad sexual, una respuesta adecuada de lubricación e inflamación derivadas de la excitación sexual, lo que causa un malestar acusado o dificultades para relacionarse
<i>Anorgasmia Femenina</i>	Retraso persistente o recurrente o ausencia de orgasmo tras una fase habitual de excitación sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse
<i>Trastornos sexuales por dolor</i>	
Dispareunia	Dolor genital recurrente o persistente asociado al coito que causa un malestar acusado o dificultades interpersonales
Vaginismo	Contracción involuntaria recurrente o persistente de la musculatura del tercio exterior de la vagina que impide el coito y causa malestar acusado o dificultades interpersonales
<i>Disfunción sexual debida a una afección general</i>	Disfunción sexual considerable desde el punto de vista clínico que da lugar a un malestar acusado o a dificultades interpersonales cuando existen pruebas, a partir del historial de la paciente, de un examen físico o un análisis de laboratorio, de que la disfunción sexual se debe en su totalidad a los efectos fisiológicos directos de una afección general
<i>Trastorno sexual inducido por sustancias</i>	Disfunción sexual considerable desde el punto de vista clínico que da lugar a un malestar acusado o a dificultades interpersonales cuando existen pruebas, a partir del historial de la paciente, de un examen físico o un análisis de laboratorio, de que la disfunción sexual se debe en su totalidad al uso de sustancias
<i>Trastorno sexual no especificado</i>	Disfunciones sexuales que no cumplen los criterios de ninguna disfunción sexual específica

periodo de actividad normal). Se debería valorar además si el trastorno es situacional o generalizado (por ejemplo, si se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas, o no)¹.

Epidemiología del deseo sexual hipoactivo

En 1998, el grupo de consenso internacional calculó que la DSF afecta a más de un 20% de las mujeres⁴. El Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales (EGACS) consistió en una encuesta realizada a 27.500 hombres y mujeres entre 40 y 80 años de edad de 29 países diferentes, incluidos 10.000 hombres y mujeres de 8 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Italia, Reino Unido y Suecia), realizada entre 2001 y 2002^{7,8}. En el caso de la población española, se entrevistó a 750 mujeres. Los problemas sexuales más comunes descritos fueron la falta de interés sexual (36,0%), la incapacidad de alcanzar el orgasmo (27,8%) y las relaciones sexuales no placenteras (25,1%). Estos problemas predominaban más en España que en otros países de Europa⁸. En esta encuesta, no se evaluó el malestar causado por los problemas sexuales.

Una encuesta seccional cruzada de mujeres de EE.UU. y Europa (Estudio Internacional de Salud y Sexualidad de la Mujer o WISHeS) se encargó de evaluar la prevalencia del DSH^{9,10}. La muestra europea contaba con 2.467 mujeres entre 20 y 70 años de Francia, Alemania, Italia y Reino Unido. Entre las mujeres de 20 y 49 años, la prevalencia del DSH (definido como una disminución del deseo vinculada al malestar) fue del 7% en las premenopáusicas y del 16% en las mujeres con menopausia quirúrgica. Entre 50 y 70 años, la prevalencia del DSH fue del 9% en mujeres con menopausia natural y del 12% en las que habían recibido menopausia quirúrgica⁹.

El estudio sobre la Prevalencia de los Problemas Sexuales Femeninos Asociados con el Malestar y Factores Determinantes en la Búsqueda de Tratamiento (PRESIDE) valoró la prevalencia de los problemas sexuales y el malestar derivado de las relaciones sexuales en 31.581 mujeres de entre 18 y 102 años en EE. UU.⁶. El problema más común hallado fue la falta de deseo, con una prevalencia ajustada a la edad del 37,7%. La prevalencia de la disminución del deseo asociada al malestar fue del 8,9% en mujeres entre 18 y 44 años, del 12,3% en mujeres entre 45 y 64 años, y del 7,4% en mujeres de 65 en adelante. Al ajustar el perfil de edad en las mujeres estadounidenses, la prevalencia de la disminución del deseo asociada al malestar fue del 9,5%⁶.

Las mujeres que presentan DSH pueden tener problemas a la hora de iniciar o mantener relaciones sexuales estables y experimentar insatisfacción y trastornos conyugales. Los estudios han demostrado que las mujeres con DSF (poco deseo, poca excitación o dolor sexual) se asocian claramente con sentimientos negativos en lo que se refiere a su satisfacción física, emocional y la felicidad, y que las mujeres con DSH muestran unas emociones y estados psicológicos mucho más negativos que las mujeres con una actividad sexual normal^{9,11}. Durante un estudio realizado a 1.042 mujeres con síntomas de DSH en Alemania, Italia y EE.UU., se halló un vínculo entre la reducción del deseo y el aumento de las actitudes negativas tanto hacia las interacciones sexuales (caricias, diálogo sobre las relaciones sexuales) como las no

sexuales (diálogo sobre los sentimientos, compartir las actividades diarias)¹².

Comportamientos que requieren tratamiento en mujeres con disfunción sexual femenina

El DSH es la forma más común de DSF y que más se observa en la práctica clínica^{6,11,13}, pero sigue sin diagnosticarse y tratarse en la mayoría de los casos. Los profesionales de la salud suelen mostrarse reacios a hablar de temas sexuales con sus pacientes; ello puede deberse a vergüenza, falta de formación, poco tiempo y a la ausencia de alternativas de tratamiento¹³. La insuficiente comunicación entre paciente y médico puede desalentar a las mujeres a la hora de hablar de sus problemas sexuales con el médico^{8,13,14}.

En el caso de la población española del estudio EGACS, tan solo el 6,5% de las encuestadas afirmaron que un médico les había preguntado sobre posibles dificultades sexuales en los últimos 3 años⁸. Sin embargo, el 39,5% de las mujeres pensaba que los médicos deberían preguntar sistemáticamente a sus pacientes sobre su actividad sexual⁸. A las mujeres con al menos un problema sexual que no habían consultado a su médico se les preguntó por qué no habían hablado con él acerca de sus problemas sexuales. Entre los motivos se incluía la creencia de que los problemas sexuales forman parte del envejecimiento o de encontrarse a gusto con el problema (61,0%); otras mujeres afirmaron no encontrarse cómodas con hablar de esos problemas (53,3%) y otras dijeron no creer que se tratara de algo serio o esperaban que el problema desapareciese (44,1%)⁸.

Un estudio lingüístico elaborado para examinar el lenguaje utilizado por los médicos y las mujeres con DSH y para describir los síntomas, causas y consecuencias emocionales y físicas del DSH reveló que el término «deseo sexual hipoactivo» era muy poco reconocido entre los médicos y pacientes¹⁵. Ni a los médicos ni a las mujeres les gustaba el término «malestar». Los médicos declararon que las mujeres con DSH tenían una imagen propia negativa, ansiedad, vergüenza, disforia, aislamiento, anergia y eran críticas consigo mismas. Las mujeres describieron su experiencia con el DSH utilizando términos como «molesta», «frustrada», «faltaba algo», «estresada», «preocupada», «insatisfecha», «desequilibrada» y «descontenta»¹⁶. Es importante que la terminología utilizada para hablar de problemas de deseo sea la adecuada tanto en el caso de la mujer como del médico a fin de realizar un diagnóstico preciso y mejorar la comunicación entre el médico y su paciente.

Factores que afectan al deseo sexual

Existe una serie de factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos que pueden afectar al deseo sexual. Los problemas relacionados con la pareja y la dinámica de la relación contribuyen a las disfunciones sexuales¹⁷. La asociación entre la actividad sexual y los factores conyugales como la capacidad de comunicarse con la pareja y la duración de la relación fueron evaluados durante una encuesta australiana realizada a 356 mujeres escogidas al azar entre 20 y 70 años¹⁸. En ella se demostró que las mujeres que no estaban

deprimidas y que podían comunicar mejor sus necesidades sexuales a sus parejas tenían menos probabilidades de sufrir algún tipo de afeción sexual. Las mujeres que declararon estar más satisfechas con sus relaciones de pareja, así como las que otorgaron mayor importancia al sexo, demostraron tener menos probabilidades de sufrir una disminución del deseo. Las mujeres que tenían una relación desde hacía 20 a 29 años tenían mayores probabilidades de experimentar una reducción de su deseo sexual respecto a las que tenían una relación inferior a 5 años¹⁸. En una muestra de pacientes examinadas por el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, se enumeraron los siguientes factores asociados al DSH por orden de frecuencia: problemas de pareja (en particular relacionados con la comunicación íntima), disfunciones sexuales previas (por ejemplo, la anorgasmia), factores desconocidos, trastornos afectivos (como la ansiedad y la depresión), trastornos hormonales, drogas y medicamentos, enfermedades crónicas (como la diabetes) y otros factores¹⁹.

Los factores fisiológicos como la edad y la menopausia pueden ejercer también un efecto sobre el deseo sexual^{6,9,10}. Un análisis secundario a pacientes que participaron en el estudio WISHeS mostró que la proporción de mujeres cuyo deseo disminuía aumentaba con la edad, mientras que la proporción de mujeres afectadas por la disminución de su deseo sexual descendía con la edad²⁰. Los datos epidemiológicos demuestran también que la disminución preocupante del deseo sexual se halla directamente relacionada con afecciones médicas como la depresión, los problemas de tiroides y la incontinencia urinaria⁶. También hay algunos fármacos asociados a la disminución del deseo sexual, como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), que suelen recetarse para la depresión²¹.

Fisiopatología del DSH

Las hormonas sexuales interactúan con los neurotransmisores en el sistema central, donde el equilibrio entre los factores excitantes e inhibidores puede controlar la función sexual²². Se ha afirmado que el DSH se debe a un desequilibrio entre dichos factores excitantes e inhibidores.

Las hormonas que influyen sobre la sexualidad femenina son los estrógenos y los andrógenos²³. Existen pruebas contradictorias sobre la importancia de la testosterona como causa de las DSF. Varios estudios han demostrado que la reducción del nivel de testosterona está relacionada de manera directa con la disminución de la actividad sexual en las mujeres posmenopáusicas^{17,24,25}. Otros estudios han demostrado que el nivel de testosterona no guarda relación con el rendimiento sexual^{26,27}. También se ha puesto de manifiesto que los niveles bajos de estradiol están relacionados con la disminución del rendimiento sexual²⁶. No obstante, se piensa que los estrógenos desempeñan una función mínima en el deseo sexual de la mujer²⁸.

La dopamina y serotonina, ambos neurotransmisores, son importantes para la sexualidad²⁹. La dopamina desempeña una función esencial en la modulación del deseo sexual³⁰. Parece aumentar el deseo sexual, la sensación subjetiva de excitación y el deseo de continuar con la actividad sexual una vez comenzada la estimulación³⁰. Por el contrario, la serotonina parece ejercer principalmente un efecto inhibitorio de la función sexual²⁹. Un nivel alto de serotonina (por ejemplo,

una inhibición de la reabsorción producida por los ISRS) puede disminuir los efectos de la dopamina sobre el rendimiento sexual²⁹. Aunque esta retroalimentación negativa puede resultar importante durante la resolución (el periodo posterior al orgasmo durante el cual el cuerpo vuelve a su estado habitual anterior a la excitación), una neurotransmisión serotoninérgica excesiva o crónica puede reducir el deseo sexual. Otros elementos que afectan a la sexualidad son la noradrenalina y la oxitocina, a los que se atribuyen cualidades excitantes³¹, y la prolactina y los opiáceos, a los que se adjudican cualidades inhibitorias^{32,33}.

Diagnóstico del deseo sexual hipoactivo

Hasta hace poco, para realizar un diagnóstico preciso del DSH adquirido era necesario que un médico especialista en trastornos sexuales de la mujer realizara un examen que llevaba demasiado tiempo. Se han desarrollado varias herramientas de diagnóstico para ayudar a identificar este trastorno durante las prácticas médicas habituales. La prueba breve del DSH fue establecida para identificar este trastorno en mujeres posmenopáusicas que presentan una disminución de su deseo sexual desde atención primaria³⁴. El *Brief Profile of Female Sexual Function* (Perfil Abreviado de la Función Sexual Femenina) fue concebido también para utilizarse en mujeres posmenopáusicas con el fin de determinar si podría serles de ayuda someterse a la evaluación clínica del DSH³⁵. El *Decreased Sexual Desire Screener* (PDSI, Prueba del Deseo Sexual Inhibido) es un nuevo método breve de diagnóstico del DSH adquirido que puede utilizarse en mujeres antes y después de la menopausia. Permite a los médicos no especializados en DSF diagnosticar el DSH adquirido³⁶. El PDSI consiste en 5 preguntas (tabla 2). Las primeras 4 preguntas evalúan si la mujer ha perdido su deseo sexual y si se siente afectada o molesta por ello, y la quinta pregunta compuesta ayuda al médico a realizar un diagnóstico diferencial. Los trastornos concurrentes asociados a la excitación o al orgasmo no deben excluir la realización de un diagnóstico simultáneo de DSH.

Cabe mencionar que la PDSI es un método abreviado de diagnóstico elaborado para los médicos y no es una prueba para que las mujeres realicen por cuenta propia. Una respuesta afirmativa en cualquiera de los apartados de la quinta pregunta (es decir, los factores que la mujer cree que contribuyen a su pérdida de deseo), no excluye la posibilidad de un examen de diagnóstico de DSH. El médico deberá comentar las respuestas proporcionadas con la paciente y decidir si se justifica un diagnóstico de DSH. Básicamente, cualquier respuesta afirmativa otorgada en cualquiera de los apartados de la quinta pregunta debería constituir una señal para que el médico hable del tema con su paciente.

Estudios recientes han demostrado la validez de la PDSI³⁶⁻³⁸. Un estudio de validación prospectiva sin tratamiento en múltiples centros realizado en Norteamérica en el que participaron 263 mujeres comparó los diagnósticos de DSH adquirido realizados por un médico no especialista que utilizó la PDSI y los de un médico especialista que había llevado a cabo un extenso examen de diagnóstico. Las participantes finalizaron la PDSI y sus respuestas fueron examinadas (y ajustadas, cuando hizo falta) por un médico no especialista que decidió si era necesario realizar un examen de diagnóstico

Tabla 2 Prueba del deseo sexual inhibido (PDSI): método abreviado de diagnóstico del deseo sexual hipoactivo adquirido

Pregunta	Respuesta
1. ¿Considera que en el pasado su nivel de deseo o interés sexual era bueno y satisfactorio?	Sí / No
2. ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?	Sí / No
3. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?	Sí / No
4. ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?	Sí / No
5. Marque todos los factores que crea que pueden estar contribuyendo al actual descenso de su deseo o interés sexual:	Sí / No
A: Una operación, depresión, lesiones o cualquier otra afección	
B: Medicación, drogas o alcohol que usted está tomando actualmente	
C: Embarazo, parto reciente, síntomas de menopausia	
D: Otros problemas sexuales que pueda sufrir en la actualidad (dolor, disminución de la excitación o del orgasmo)	
E: Los problemas sexuales de su pareja	
F: Insatisfacción con su relación o pareja	
G: Estrés o fatiga	

Una vez finalizado, entregue este cuestionario a su médico.

Médico:

Repase con la paciente cada una de las respuestas proporcionadas.

El Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, 4.^a Edición, Texto Refundido, describe el Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo (DSH) como una deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y de deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades interpersonales, y que no puede explicarse mejor por otra afección psiquiátrica, enfermedad, sustancia u otra afección sexual. El DSH puede ser generalizado (no limitado a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas) o transitorio; y puede ser adquirido (desarrollado tras un periodo de funcionamiento habitual) o de por vida.

Si la paciente responde "NO" a cualquiera de las 4 primeras preguntas, entonces no cumple los criterios para ser diagnosticada del DSH adquirido.

Si la paciente responde "Sí" a todas las 4 primeras preguntas y su revisión confirma la respuesta "NO" en todos los apartados de la pregunta 5, entonces debería ser diagnosticada del DSH adquirido.

Si la paciente responde "Sí" a todas las primeras 4 preguntas y "Sí" en cualquiera de los apartados de la quinta pregunta, entonces usted deberá decidir si las respuestas de la quinta pregunta indican un diagnóstico primario diferente al de DSH adquirido. Las enfermedades concurrentes asociadas a la excitación o el orgasmo no deberían excluir la realización de un diagnóstico simultáneo de DSH.

A partir de lo anterior, ¿sufrir la paciente el trastorno del deseo sexual hipoactivo adquirido?

—Sí —NO

del DSH adquirido. Las participantes realizaron después un extenso examen de diagnóstico con un médico especialista que no conocía el diagnóstico emitido por el médico no especialista, y se compararon ambos diagnósticos. La PDSI demostró una precisión diagnóstica del 85,2%, y la sensibilidad y especificidad de esta prueba fueron de 83,6 y 87,8%, respectivamente³⁶.

La sensibilidad de la PDSI quedó confirmada durante el periodo de pruebas de un estudio de supresión del tratamiento aleatorizado realizado en Norteamérica, que utilizó una metodología similar a la del estudio de validación sin tratamiento y mostró que la PDSI tiene una sensibilidad del 94,6%³⁷. Durante la fase de evaluación de un ensayo de tratamiento aleatorizado, controlado con placebo y realizado en 13 países europeos (incluida España), se demostró una sensibilidad del 95,6%³⁸. Estos estudios confirman que la PDSI puede ser usada por médicos que no sean especialistas en trastornos sexuales femeninos con el fin de diagnosticar un DSH adquirido.

Tratamiento del deseo sexual hipoactivo

La terapia cognitivo-conductual (TCC) puede resultar útil en algunas mujeres que presentan DSH^{39,40}. Durante un estudio

australiano, parejas que sufrían disfunciones sexuales participaron en un programa de 10 sesiones de TCC; el porcentaje de mujeres que sufría una inhibición del deseo era del 79,6% antes de la terapia, y del 53,7% después de la misma³⁹. Un estudio canadiense investigó el efecto de la TCC en parejas donde la mujer presentaba DSH. Las parejas participaron en 12 sesiones semanales de 2 h de terapia de grupo, que condujo a una mejora de las variables asociadas a la conducta sexual, cognitiva y conyugal; el 31% de las mujeres consideró que ya no tenía síntomas después de 3 meses de seguimiento, y dicho porcentaje aumentó hasta el 38% tras un año de tratamiento⁴⁰.

El único tratamiento farmacéutico aprobado para el DSH en Europa es el parche de testosterona Intrinsa[®] (Procter & Gamble Pharmaceuticals), autorizado para mujeres que han recibido una ovariectomía bilateral o a una histerectomía y que siguen un tratamiento simultáneo con estrógenos⁴¹. Dos ensayos clínicos (*Investigation of Natural Testosterone In Menopausal Women Also Taking Estrogen in Surgically Menopausal Women 1 and 2* [INTIMATE SM 1 and INTIMATE SM 2]) demostraron un aumento de la frecuencia de los episodios sexuales completamente satisfactorios y una reducción del malestar en mujeres con menopausia quirúrgica que estaban recibiendo un

tratamiento con parches de testosterona durante 24 semanas en comparación con las que recibían tratamiento con placebo^{42,43}.

Aunque se ha demostrado que la testosterona resulta eficaz en el tratamiento del DSH en mujeres con menopausia quirúrgica, existen algunas dudas sobre su seguridad a largo plazo⁴⁴. Estas cuestiones hicieron que la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. no autorizara la comercialización de Intrinsa[®] en diciembre de 2004⁴⁵. Las mujeres posmenopáusicas con niveles más elevados de andrógenos endógenos poseen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, y no debería administrarse Intrinsa[®] a mujeres que se sospeche que tienen o con un historial de cáncer de mama⁴¹. La mayoría de ensayos de testosterona han incluido a mujeres con ovariectomía bilateral^{42,43,46}, que cuentan con un nivel de testosterona circulante mucho menor que las mujeres premenopáusicas o las mujeres que ya han tenido la menopausia de un modo natural. En la actualidad, no existen tratamientos farmacológicos para las mujeres premenopáusicas o posmenopáusicas naturales que presentan DSH.

Actualmente se están investigando nuevas estrategias terapéuticas para combatir el DSH, incluidos métodos novedosos de administración de testosterona y medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central. En lo que se refiere a estos últimos, el tratamiento más avanzado es la flibanserina, agonista de la 5-HT_{1a} y antagonista de la 5-HT_{2a} que, como se ha demostrado recientemente aumenta el deseo sexual, reduce el malestar asociado a las disfunciones sexuales y mejora la actividad sexual en las mujeres premenopáusicas con DSH, sin que existan contraindicaciones de importancia sobre su seguridad y con una buena tolerabilidad^{47,48}.

Conclusiones

El DSH es una disfunción sexual femenina que ejerce un impacto negativo sobre quienes lo presentan. La etiología del DSH puede incluir desequilibrios hormonales y de los neurotransmisores, además de factores psicosociales. Hay pocas mujeres que solicitan asistencia médica por problemas sexuales y los médicos suelen mostrarse reacios a hablar de estos temas con sus pacientes. No obstante, a medida que los médicos vayan comprendiendo mejor los problemas de salud sexual de la mujer y surjan nuevas estrategias terapéuticas, esta actitud puede cambiar.

El DSH es la DSF más común. Un nuevo método abreviado de diagnóstico (PDSI) permite a los médicos no especializados en DSF diagnosticar el DSH adquirido en la mujer.

Financiación

Este artículo ha sido elaborado con la colaboración de Boehringer Ingelheim.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. text revision Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1968.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. revision Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987.
4. Basson R, Berman J, Burnett A, DeRogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163:888–93.
5. Basson R. Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause.* 2004;6:714–25.
6. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112:970–8.
7. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17:39–57.
8. Moreira Jr ED, Glasser DB, Gingell C. Sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in middle-aged and older adults in Spain: a population survey. *World J Urol.* 2005;23:422–9.
9. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive Sexual Desire Disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med.* 2006;3:212–22.
10. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive Sexual Desire Disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006;13:46–56.
11. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537–44.
12. Dennerstein L, Hayes RD, Sand M, Leher P. Attitudes towards and frequency of partner interactions among women reporting decreased sexual desire. *J Sex Med.* 2009;6:1668–73.
13. Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve? *J Sex Med.* 2006;3:639–45.
14. Harsh V, McGarvey EL, Clayton AH. Physician attitudes regarding Hypoactive Sexual Desire Disorder in a primary care clinic: a pilot study. *J Sex Med.* 2008;5:640–5.
15. Goldstein I, Lines C, Pyke R, Scheld JS. National differences in patient-clinician communication regarding Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). *J Sex Med.* 2009;6:1349–57.
16. Goldstein I, DeRogatis L, Pyke R, Scheld JS. Emotions related to distress in patients with Hypoactive Sexual Desire Disorder: results of patient and physician interviews. *J Sex Med.* 2008; 5 Suppl:34.
17. Graziottin A, Leiblum SR. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med.* 2005;2 Suppl. 3:133–45.
18. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med.* 2008;5:1681–93.
19. Cabello-Santamaría F. El reto del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *SAHS.* 2006;17:7–15.
20. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between Hypoactive Sexual Desire Disorder and aging. *Fertil Steril.* 2007;87:107–12.
21. Clayton AH. Female sexual dysfunction related to depression and antidepressant medications. *Curr Womens Health Rep.* 2002;2:182–7.

22. Janssen E, Bancroft J. The dual control model. The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. En: Janssen E, editor. *The psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University Press; 2007. p. 197–222.
23. Davis SR, Guay AT, Shifren JL, Mazer NA. Endocrine aspects of female sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1:82–6.
24. Santoro N, Torrens J, Crawford S, Allsworth JE, Finkelstein JS, Gold EB, et al. Correlates of circulating androgens in mid-life women: the study of women's health across the nation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:4836–45.
25. Turna B, Apaydin E, Semerci B, Altay B, Cikili N, Nazli O. Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. *Int J Impot Res*. 2005;17:148–53.
26. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril*. 2002;77 Suppl. 4:S42–8.
27. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA*. 2005;294:91–6.
28. Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:1012–30.
29. Perelman MA. Female sexual dysfunction and the central nervous system. *J Sex Med*. 2007;4:257–9.
30. Hull EM, Lorrain DS, Du J, Matuszewich L, Lumley LA, Putnam SK, et al. Hormone-neurotransmitter interactions in the control of sexual behavior. *Behav Brain Res*. 1999;105:105–16.
31. Halaris A. Neurochemical aspects of the sexual response cycle. *CNS Spectr*. 2003;8:211–6.
32. Kruger TH, Haake P, Hartmann U, Schedlowski M, Exton MS. Orgasm-induced prolactin secretion: feedback control of sexual drive? *Neurosci Biobehav Rev*. 2002;26:31–44.
33. Pfaus JG, Gorzalka BB. Opioids and sexual behavior. *Neurosci Biobehav Rev*. 1987;11:1–34.
34. Leiblum S, Symonds T, Moore J, Soni P, Steinberg S, Sisson M. A methodology study to develop and validate a screener for Hypoactive Sexual Desire Disorder in postmenopausal women. *J Sex Med*. 2006;3:455–64.
35. Rust J, Derogatis L, Rodenberg C, Koochaki P, Schmitt S, Golombok S. Development and validation of a new screening tool for Hypoactive Sexual Desire Disorder: The Brief Profile of Female Sexual Function (B-PFSF). *Gynecol Endocrinol*. 2007;23:638–44.
36. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, DeRogatis L, Lewis-D'Agostino D, Pyke R. Validation of the Decreased Sexual Desire Screener[®] (DSDS[®]): A brief diagnostic instrument for generalized acquired female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). *J Sex Med*. 2009;6:730–8.
37. Goldfischer ER, Clayton AH, Goldstein I, Lewis-D'Agostino D, Pyke R. Decreased Sexual Desire Screener[®] (DSDS[®]) for diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder in women. *Obstet Gynecol*. 2008;111 Suppl:109S.
38. Nappi RE, Dean J, Hebert A, Pyke R. Decreased Sexual Desire Screener[®] (DSDS[®]) for diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in European women. *J Sex Med*. 2009;6 Suppl. 2: 46.
39. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 2001;27:259–71.
40. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relat Ther*. 2001; 16:145–64.
41. Intrinsic[®] Summary of Product Characteristics. Proctor & Gamble Pharmaceuticals. www.intrinsic.co.uk/media/downloads/en/Summary%20of%20Product%20Characteristics%20ONLY%20Final_B.pdf. 2008. 18-9-2008.
42. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, Utian W, Katz M, Miller S, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:5226–33.
43. Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, Brown C, Breaux JG, Buch A, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005;105:944–52.
44. Schover LR. Androgen therapy for loss of desire in women: is the benefit worth the breast cancer risk? *Fertil Steril*. 2008;90: 129–40.
45. Spark RF. Intrinsic fails to impress FDA advisory panel. *Int J Impot Res*. 2005;17:283–4.
46. Kingsberg S. Testosterone treatment for Hypoactive Sexual Desire Disorder in postmenopausal women. *J Sex Med*. 2007;4 Suppl. 3:227–34.
47. Jolly E, Clayton AH, Thorp J, Nappi R, Kimura T, Sand M, et al. Efficacy of flibanserin 100 mg qhs as a potential treatment for Hypoactive Sexual Desire Disorder in premenopausal women. *J Sex Med*. 2009;6 Suppl. 5:465.
48. Jolly E, Clayton AH, Thorp J, Nappi R, Kimura T, Hanes V, et al. Safety and tolerability of flibanserin in premenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*. 2009;6 Suppl. 5:409.